" G E S U N D H E I T U N D L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr. 43 (111) Jahrgang III. Krakau, den 1. November 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstr.11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v. W ü r z e n. Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse, Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau. Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer, Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a, oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.

Inhaltsverzeichnis :

Neuere Ansichten über den Scharlach.

Von Dr.W. S z u m o w s k i, Krakau.

1. Aetiologie.

In den letzten zwei Dezennien erlitten unsere Kenntnisse über den Scharlach zahlreiche Veränderungen Dank hauptsächlich langedauernden und erschöpfenden Untersuchungen des amerikanischen Ehepaares D i c k. Heute steht die Sache so, dass die überwiegende Mehrzahl der Autoren die bisherige Theorie über ein filtrierbares Scharlachvirus verwarf. Der beim Scharlach in 100% der Fälle zu erhebende Befund von hämolytischen Streptokokken an der jeweiligen Eintrittspforte und in den entzündlichen Absonderungen der Scharlachkomplikationen, das relativ häufige Auftreten von Streptokokken im Blut und den inneren Organen bei Scharlach sowie die Möglichkeit mit Hilfe von Reinkulturen hämolytischer Streptokokken experimentell beim Menschen eine Scharlacherkrankung hervorzurufen, haben dazu geführt, dass heute der hämolytische Streptokokkus von der Mehrzahl der Autoren als der Erreger des Scharlachs angesehen wird.

Die schwache Seite dieser Streptokokkentheorie liegt darin, dass Scharlach fast stets dauernden Schutz hinterlässt; nochmalige Erkrankung ist selten. Dagegen zeichnen sich die Streptokokkeninfektionen im allgemeinen durch Mangel an Immunität und Neigung zu wiederholter Erkrankung aus.

Die Untersuchungen von Rudolf A b d e r h a l d e n /junior/ haben jedoch gezeigt /Zeitschr.f.kl.Med.1941/, dass zwischen den hämolytischen Streptokokken die Scharlachstreptokokken einige spezifische Merkmale besitzen, nämlich sie unterscheiden sich durch den Bau der Eiweisskörper. Mit Methoden, welche Emil A b d e r h a l d e n /senior/ für die Abwehrfermente ausgearbeitet hat, erwies Rudolf Abderhalden, dass die Scharlachkranken im Harn Fermente ausscheiden, welche imstande sind, das Eiweiss hämolytischer Streptokokken abzubauen, die aus Rachenabstrichen von Scharlachfällen gezüchtet wurden. Das Eiweiss hämolytischer Streptokokken, die von nicht an Scharlach Erkrankten stammen, wird dagegen entweder gar nicht oder nur in sehr geringem Umfang angegriffen. Fälle mit unspezifischen Anginen scheiden nur Fermente aus, die das Eiweiss von nicht von Scharlachkranken herrührenden hämolytischen Streptokokken abzubauen vermögen. Der Harn vollkommen gesunder Personen enthält keine Fermente, die die Fähigkeit besitzen, Bakterieneiweiss /hämolytische Streptokokken, Meningokokken, Influenzabazillen/ zu hydrolisieren. Diese Befunde beweisen einmal mehr die grosse Bedeutung der hämolytischen Streptokokken für den Scharlach. Darüber hinaus aber zeigen sie, dass sich die Scharlachstreptokokken in ihrem Eiweissaufbau von den übrigen hämolytischen Streptokokken unterscheiden. Beide Typen können daher mit Hilfe des Nachweisverfahrens

für Abwehrfermente differenziert werden. Damit ist die Möglichkeit gegeben, Scharlachanginen und gewöhnliche Anginen schon im Anfangsstadium der Erkrankung auseinander zu halten. Nach Ablauf von einer oder mehreren Wochen hört die Ausscheidung der spezifisch gegen Scharlachstreptokokken eingestellten Fermente auf.

Aus weiteren Beobachtungen konnte der Schluss gezogen werden, dass die Scharlachstreptokokken aus den gewöhnlichen hämolytischen Streptokokken hervorgehen. Dieser Vorgang ist reversibel.

Der Scharlachstreptokokkus erzeugt ein Toxin, welches Exanthem, Enanthem, Fieber, zentral-nervöse Veränderungen hervorruft. Reine Toxinwirkung erzeugt den hypertoxischen Scharlach. Dieses Toxin ruft eine Immunität hervor, so dass erneute Erkrankungen sehr selten sind. Andererseits bereitet das Toxin dem weiteren Eindringen der Streptokokken mit ihren septischen Metastasen den Weg. Hierher gehören Angina, Ohren-, Drüsenkrankheiten.

Auf diese Weise hinterlässt die Krankheit eine zweifache Immunität /T h o m a s/:

a) Die antitoxische, gegen das Toxin gerichtet, welche während des ganzen Lebens anhält. Sie bewirkt, dass das Exanthem und die primären Erscheinungen des Scharlachs sich nicht wiederholen.

b) Die antibakterielle, gegen die Streptokokken gerichtet, welche nur wenige Wochen anhält. Sie bewirkt, dass nach einigen Wochen erneute Streptokokkeninfektionen recht wohl wieder auftreten können, z.B. Angina, Otitis usw. Streptokokken hingegen, welche das Scharlachtoxin produzieren, können nach überstandenen Scharlach keinen Scharlach mehr hervorrufen, da ihr Toxin von den noch vorhandenen reichlichen Antitoxinen sofort gebunden wird.

2. Schutzimpfung.

Es sind aktive und passive Methoden bei der Scharlachschutzimpfung im Gebrauch:

1. Eine aktive Immunität wird mit dem Scharlach-Schutzimpfstoff nach G a b r i t s c h e w s k y erzeugt. Es handelt sich in der jetzigen Herstellungsart um eine Kombination von Toxin und Vakzine /durch Formaldehyd entgiftetes Filtrat einer Scharlach-Streptokokken-Bouillonkultur, dem in 1 ccm 500 Millionen abgetötete Scharlachstreptokokken beigefügt sind/. Man spritzt 1 ccm, bei Kindern 0.5 subkutan am besten in die Streckseite des linken Oberarms. In Abständen von 10 - 14 Tagen wird die Einspritzung 1 - 2 mal wiederholt.

2. Eine ähnliche Immunität bekommt man mit dem Scharlachtoxin-Aluminium-Adsorbat-Impfstoff Scarlatox /Asid Serumwerke/. Hier ist ein durch Abbau der Eiweissstoffe gereinigtes Toxin verwendet. Durch Bindung an Aluminiumhydroxyd wird erreicht, dass das Toxin nur allmählich resorbiert wird. Der Impfstoff wird in 2-3 aufeinanderfolgenden Injektionen zu je 1 ccm subkutan injiziert, durch Zwischenräume von 14 Tagen getrennt. Zuerst Stärke 1, dann Stärke 2, eventuell 3. Hier handelt es sich nicht um abgetötete Erreger, sondern um ein abgestumpftes Toxin.

Welcher der beiden Impfstoffe nun empfohlen werden soll, ist schwer zu sagen /T h o m a s/. Die Praxis hat noch keine eindeutige Antwort gegeben. Zur Feststellung des Impferfolges kann der Ausfall der Dick'schen Probe in beträchtlichem Umfang herangezogen werden. Diese hat in der Literatur und auch in der Praxis, um festzustellen, ob ein Individuum gegen Scharlach empfänglich ist oder nicht, eine beachtliche Rolle gespielt. Zweifellos ist ein deutlicher Parallelismus des Ausfalls der Dick'schen Reaktion mit der wirklichen Empfänglichkeit für Scharlach vorhanden. Nach T h o m a s muss man für zweckmässig halten, bei Massenimpfungen nicht wahllos 100% der Betreffenden zu impfen, sondern nach Anstellung der Dick'schen Probe die Dick-Negativen von der Impfung zu befreien.

Für die Prophylaxe kommen ferner in Frage die Methoden der passiven Immunisierung mit Rekonvaleszentenserum, die Schutzimpfung nach D e g k w i t z. Als schützende Dosis werden für ein Kind von 6 - 8 Jahren 5-6 ccm, von 9 - 10 Jahren 9 - 10 ccm genannt. Die passive Immunität dauert etwa 14 Tage bis 3 Wochen, und wird nur bei wenigen Kindern in der unmittelbaren Nachbarschaft des Kranken angewandt.

Im allgemeinen wird, wenn es beabsichtigt ist, grössere Bevölkerungsteile vorbeugend zu schützen, allein von der aktiven Schutzimpfung Gebrauch gemacht. Anders verhält es sich, wenn es sich um die unmittelbare Umgebung akut Scharlachkranker handelt. Da nach aktiver Immunisierung die Gewinnung einer genügenden Immunität längere Zeit in Anspruch nimmt, so befindet man sich zum Anfang in einer Phase, welche, klinisch gedacht, geeignet ist, bei unmittelbarer Scharlachinfektion zu besonders schweren Scharlachinfektionen zu führen /S c h u l t z /.

Da die Injektion von artfremdem Serum möglichst umgangen werden sollte, empfiehlt S c h a l k das Homoseran /Asid/, welches aus menschlichen Plazenten hergestellt ist. Natürlich kommt auch menschlieches Rekonvaleszentenserum hierfür in Betracht oder auch Serum älterer Personen über 40 Jahre.

Wenn man in Epidemien hinein schutzimpft, dürfte sich nach T h o m a s gleichzeitig aktive und passive Schutzimpfung empfehlen. Neuerdings ist durch die Asid-Serum-Werke das Toxin zur aktiven und Homoseran zur gleichzeitigen passiven Immunisierung in <u>einer</u> Packung in den Handel gebracht worden.

Aber es ist bezeichnend, dass die Ergebnisse der klinischen Arbeiten über Scharlach meistens weit von 100% entfernt sind, im Gegenteil sie sind so schwankend, dass man noch immer auf weitere auf grossem statistischem Material fundierte Untersuchungen warten muss. Vorläufig sind auch skeptische, sich auf kleinerem Material stützende Stimmen bekannt.

So konnte V o c k e neuerdings über keine so guten Erfahrungen mit der Schutzimpfung nach G a b r i t s c h e w s k y berichten. Nach seinen Erfahrungen in einer ständig mit 160 Kindern belegten Jugendheimstätte zeigte während 18 Monaten eine grössere Anzahl von in unregelmässiger Folge auftretenden Erkrankungen an Scharlach die Lückenhaftigkeit des Schutzes. Nachträglich wurden noch etwa 150 Kinder mit dem Adsorbatimpfstoff der Behringwerke schutzgeimpft. Der Erfolg war ebenso negativ. Es erkrankten etwa soviele von den Geimpften Kindern, wie nach verschiedenen Überlegungen überhaupt erkrankungsfähig waren. Auch H o f e r aus der Grazer Kinderklinik berichtet, dass eine Anzahl mit Gabritschewsky Schutzgeimpfter an Scharlach starben. Ein Kind, welches mit geringer Impfreaktion entlassen worden war, infizierte, nach Hause zurückgekehrt, seine Mutter mit Scharlach.

3. Therapie.

Schon am Anfang dieses Jahrhunderts versuchte W e i s s b e k k e r Scharlach und andere Infektionskrankheiten mit Rekonvaleszentenserum zu behandeln. R e i s s und J u n g m a n n aus der von Leydenschen Klinik haben im Jahre 1912 in 10 von 12 Fällen schwersten Scharlachs über die ausgezeichnete Beeinflussung bei intravenöser Anwendung von Rekonvaleszentenserum berichtet: rasche Besserung der Somnolenz und der Delirien, rascher Temperaturrückgang.

Augedehnte Versuche hat S c h u l z angestellt. Er verglich die Versuche von humanem Normalserum, Rekonvaleszentenserum und einer Mischung von beiden bei intravenöser Anwendung. Durchgreifender Erfolg wurde bei etwas mehr als der Hälfte der Fälle festgestellt. Dabei unterscheiden sich die 103 mit humanem Normalserum von den mit Rekonvaleszentenserum behandelten 67 nur wenig /56 gegen 64%/. Ungeachtet der guten Erfolge traten doch gelegentlich Allgemeinreaktionen auf, die nicht nur vorübergehend, sondern auch in einzelnen Fällen definitiv die Situation verschlimmerten, so dass auch Todesfälle vorkamen. Die beobachteten Erscheinungen waren: schwerer Schüttelfrost, Kollaps, Erbrechen, unfreiwilliger Abgang von Stuhl und Urin, Atemstillstand. Wurden diese Zwischenfälle überwunden, so erfolgte rasche Erholung. Das Serum wird am besten von Rekonvaleszenten oder von Erwachsenen, die das 40 Lebensjahr überschritten haben, gewonnen. Nach S c h u l z fängt man das Aderlassblut in langen sterilen Zylindern auf und pipettiert am nächsten Morgen nach der Entnahme das Serum ab, um es ohne Zusatz zu verwenden. Da 40 - 60 ccm injiziert werden müssen, empfiehlt sich eine prophylaktische intravenöse Vorinjektion von 3-5 ccm des Serums. Diese Vorinjektion liefert schon nach 25 - 45 Minuten die allenfalsigen

Nebenerscheinungen. Wenn sie auftreten, wird die Hauptinjektion zu unterlassen sein. Es versteht sich, dass der stärkste Nutzen bei möglichst frühzeitiger Anwendung zu erwarten ist. Nach dem 4. Krankheitstag dürfte sie keinen besonderen Nutzen mehr bringen.

In sehr bedrohlichen Fällen wurde von der Transfusion defibrinierten menschlichen Blutes /nach Blutgruppenprüfung/ nach Vorinjektion von 3-5 ccm defibrinierten Blutes, ferner von mittelgrossen und grossen Bluttransfusionen erfolgreich Gebrauch gemacht auch bei späteren schweren Komplikationen /F i a l a/.

Ungefähr die gleichen Erfolge werden mit dem Scharlachheilserum bei intramuskuläter Anwendung erzielt. Erwachsene erhalten von dem /tierischen/ einfachen Scharlachheilserum der Behringwerke 50 ccm, die Kinder 25 ccm, von dem konzentrierten wird die Hälfte gegeben. Das einfache Serum wird bevorzugt. Aus bekannten Gründen ist intravenöse Injektion bedenklich. Die Vorinjektion wird empfohlen, aber sie vermag gegen Zwischenfälle nicht zu schützen. Das Scharlachserum des Asid-Serum-Institutes wird in etwa der Hälfte der Menge gegeben /20 ccm/.

Die besten Wirkungen aller dieser Sera erstrecken sich auf die Entgiftung schwer toxischer Krankheitsfälle am Anfang des Exanthemstadiums, wenn Delirien, hohes Fieber, Zyanose, Benommenheit auftreten.

Sie müssen möglichst frühzeitig angewendet werden, nach 14 Tagen gelten sie als nutzlos. Nur Patienten mit schweren toxischen Erscheinungen sollten damit behandelt werden. Viele Autoren stellen einen Einfluss des im Beginn der Erkrankung gegebenen Heilserums auf die Häufigkeit und Schwere der septischen Komplikationen in Abrede, von anderer Seite wurde eine günstige Wirkung gefolgert. Hierzu sind aber nur ganz grosse Beobachtungsreihen, die sich über Jahre erstrecken, zu verwerten. Wenn auch ein Einfluss des zu Beginn der Krankheit gegebenen Heilserums bezüglich späterer Komplikationen nicht sicher ist, so steht seiner späteren Anwendung bei Eintritt septischer Komplikationen nichts im Wege. Freilich scheinen hier Übertragungen und Injektionen von menschlichem Blut und Serum noch besser zu wirken. Auch Plazentaextrakt /B i e h l e r / oder Homoseran, welche spätere anaphylaktische Erscheinungen ausschliessen, wären zu versuchen. Jedenfalls hat T h o m a s von intramuskulären Injektionen mütterlichen oder väterlichen Blutes in Mengen bis zu 50 ccm bei schweren septischen Komplikationen auch in dem späteren Verlauf sehr gutes gesehen. Unter Umständen genügen scho[n] 10 - 20 ccm einmal angewendet.

\- - - - -

\- -

\-

Die Sozialversicherungskasse in Kielce

gibt eine Stellenausschreibung

für nachstehende Ärztestellen bekannt:

1/ eines Hausarztes in Kielce mit einer Vergütung für fünf Stunden, d.s. 740.- Zl monatlich und 150.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

2/ eines Facharztes für Laryngologie in Kielce mit einer Vergütung für drei Stunden d.s. 498.- Zl monatlich und 90.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes. Privatpraxis gesichert.

3/ eines Hausarztes in Skarzysko Kamienna mit einer Vergütung für fünf Stunden, d.s. 740.- Zl monatlich und 150.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

4/ eines Hausarztes in Blizyn mit einer Vergütung für fünf Stunden, d.s. 740.- Zl monatlich und 150.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

5/ eines Hausarztes in Zagnańsk mit einer Vergütung für fünf Stunden, d.s. 740.- Zl monatlich und 150.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

6/ eines Hausarztes in Wiśniówka mit einer Vergütung für drei Stunden, d.s. 444.- Zl monatlich und 90.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

7/ eines Hausarztes in Secemin mit einer Vergütung für eine Stunde, d.s. 148.- Zl monatlich und 30.- Zl für Unterhaltung des Praxisraumes.

Die Bewerber müssen den in den "Allgemeinen Grundsätzen für die Anstellung, Tätigkeit und Entlassung der Kassenärzte" gestellten Voraussetzungen entsprechen.

Bewerbungen mit entsprechenden Urkunden und eigenhändig geschriebenem Lebenslauf sind an die Sozialversicherungskasse in Kielce bis zum 10. Dezember 1942 zu richten.

Sozialversicherungskasse
in Kielce.

Es folgen: Bekanntmachungen des Präsidenten der Abteilung Gesundheitswesen in der Hauptabteilung Innere Verwaltung der Regierung des Generalgouvernements.
